

567
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 17 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Eugène DUFOUR

Né à Saint-Quentin le 3 février 1874

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE**

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

BONNAIRE et WALICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

367
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 17 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Eugène DUFOUR

Né à Saint-Quentin le 3 février 1874

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE**

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

BONNAIRE et WALLICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur le
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER
dies de l'encéphale		RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BERGER
Clinique des maladies du système nerveux.		DUPLAY
		LEDENTU
Clinique chirurgicale		TILLAUD
		PANAS
Clinique ophtalmologique		GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires.		BUDIN
Clinique d'accouchement		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR CARPEZA

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Contribution à l'Étude des Présentations de l'épaule

Introduction

Pendant la durée de notre stage à la Clinique d'accouchements Tarnier, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de présentation de l'épaule. Depuis, nous en avons vu d'autres exemples, mais ce sont surtout plusieurs cliniques de M. le professeur Budin, sur la question, qui nous ont suggéré l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

Mais nous ne pourrions traiter tout au long un si important chapitre ; aussi nous sommes-nous décidé à en étudier principalement deux points intéressants : l'étiologie et le pronostic.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre :

1^{re} Partie. — Définition, fréquences des présentations de l'épaule.

2^e Partie. — Leurs causes : prédisposantes, déterminantes.

3^e Partie. — Pronostic, traitement (aperçu rapide).

4^e Partie. — Relevé des observations de la Clinique Tarnier pendant les années 1898 et 1899.

Conclusions.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, qu'il nous soit permis, selon l'usage, de remercier ici publiquement nos chefs de service dans les hôpitaux.

M. le Dr Lejars a été notre premier maître ; nous lui devons deux bonnes années passées à la Pitié à suivre ses leçons au lit du malade ; qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

MM. les Docteurs Polaillon, Merklen, Rendu et Chauffard ont droit également à notre reconnaissance, ainsi que M. le Professeur Guyon dans le service duquel nous nous félicitons d'avoir passé une année entière.

Nous tenons à remercier tout spécialement MM. les Docteurs Claisse et Maclaure des marques de sympathie qu'ils ont bien voulu nous témoigner en des circonstances particulières que nous n'oublierons jamais. Que M. le Dr Perret veuille bien agréer nos bien sincères remerciements pour les bons conseils qu'il nous a si souvent prodigués.

Enfin M. le professeur Budin voudra bien nous permettre de le remercier respectueusement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, en même temps que de l'obligeance avec laquelle il nous a fourni les observations qui figurent dans ce modeste ouvrage.

Première Partie

Définition

Sans exposer ici les différentes classifications dans lesquelles les auteurs ont rangé les présentations du tronc, ni énumérer les divers termes par lesquels ces présentations ont été désignées, nous définirons avec Charpentier (1) la présentation de l'épaule « la présentation de toute la région fœtale qui se trouve comprise entre le cou du fœtus d'une part et la crête iliaque d'autre part ».

Nous aurons ainsi deux présentations : le plan latéral droit ou épaule droite et le plan latéral gauche ou épaule gauche.

A chacune de ces présentations correspondent deux positions, selon que le dos est en arrière ou en avant, ce qui nous donne le tableau suivant :

(1) Charpentier. — Traité prat. des acc, 1883.

Epaule droite : dos en avant : A I G

dos en arrière : A I D

Epaule gauche : dos en avant : A I D

dos en arrière : A I G

Certains auteurs, s'appuyant sur ce fait que l'épaule, point de repère de la présentation, n'est pas toujours située au centre du bassin, et que la partie la plus accessible peut être le coude ou l'avant-bras, ont distingué trois variétés de position : acromiale, cubitale et brachiale, cette dernière correspondant à l'issue de l'avant-bras hors de l'orifice cervical.

M^{me} Lachapelle va plus loin : elle ajoute deux autres variétés (claviculaire et scapulaire) selon que le fœtus est incliné davantage sur sa face antérieure ou postérieure.

Fréquence

Ces présentations sont-elles fréquentes ?

Consultons les différentes statistiques :

M^{me} Lachapelle : 68 épaules sur 15652 acc. — Moy : 1/230.

Paul Dubois 13 sur 2022 — 1/155.

Blaud 1 sur 210

Depaul 189 sur 16233 — 1/85.

Merriman 1 sur 155 —

Naegelé	1	sur 180		
Collins	1	sur 416		
Clarke	1	sur 212		
Porquet	55	sur 4000	—	1/72.
Pinard	806	sur 100000	—	1/124.
Jacquemier	1	sur 180	—	
Joulin	1	sur 233	—	
Ribemont	1	sur 200	—	
Routier	1	sur 125	—	
Maygrier	1	sur 220	—	

Enfin, la thèse du Dr Planchon (1), à laquelle nous avons dû faire plus d'un emprunt, contient le relevé des présentations de l'épaule de 1888 à 1898, à la clinique Tarnier :

Sur 13257 acc. — 95 prés. de l'épaule (moy. 1/139). Comme on le voit, ces résultats ne sont pas tous concordants, ce qui tient sans doute, au moins pour un certain nombre de ces statistiques, à ce qu'elles envisagent indifféremment des femmes arrivées ou non au terme de leur grossesse. Les statistiques de M^{me} Lachapelle et de Depaul notamment, qui portent sur un nombre à peu près semblable de cas, donnent des résultats tout différents. De sorte qu'il est assez difficile de tirer de tout cela des conclusions rigoureuses.

Cependant, si nous prenons la moyenne générale de tous les résultats obtenus, nous arrivons au chiffre

(1) Planchon, — Thèse de doctorat, 1898,

de 1 présentation de l'épaule pour 183 accouchements, ce qui n'est pas bien éloigné de la moyenne admise par les auteurs classiques.

Fréquence relative. — Si maintenant nous comparons cette moyenne de 1/183 à celle des autres présentations, dont la fréquence est la suivante :

Sommet..... 98 fois sur 100 acc.

Siège..... 1 fois sur 30 acc.

Face..... 1 fois sur 250 acc.

nous voyons que les présentations de l'épaule viennent se ranger entre celles du siège et de la face, ces dernières étant notablement plus rares encore.

D'ailleurs il est vraisemblable qu'il n'en sera pas toujours ainsi, et que dans un avenir prochain les présentations de l'épaule seront les plus rares de toutes :

« Grâce à l'observation journalière à laquelle sont soumises aujourd'hui* les femmes enceintes, grâce aussi aux appareils appliqués quelque temps avant l'accouchement dans les cas de présentation de l'épaule, leur nombre va en diminuant. Il est facile de s'en rendre compte en regardant le tableau hydramnios, dû à la bienveillance du professeur Bar.

« Ce tableau porte sur une période de 74 ans : de 1825 à 1898. Pendant ce laps de temps, nous avons relevé 767 accouchements avec hydramnios, statistique relevée à la Maternité. Sur ces 767 accouchements nous avons 68 présentations de l'épaule. En partageant en 2 périodes de 36 ans, nous avons pour les 36 premières années 53 présen-

tations de l'épaule, et 15 seulement de 1861 à 1898. Nous avons relevé 381 cas d'hydramnios de 1825 à 1861 sur lesquels 53 épaules (donc 1 épaule sur 8), tandis que dans les 36 dernières années nous avons 386 cas d'hydramnios et 15 épaules (donc 1 sur 25) » (1).

Fréquence relative des diverses positions. — A ce point de vue que disent les auteurs classiques ?

On admet généralement que l'épaule droite se présente un peu plus fréquemment que la gauche. Madame Lachapelle donnait à ce fait la raison que « le fœtus a le plus ordinairement le visage tourné en arrière et qu'en second lieu l'obliquité latérale droite de l'utérus est plus fréquente que la gauche ». Dans sa statistique nous trouvons 103 épaules droites pour 83 épaules gauches.

Depaul trouve des chiffres à peu près analogues : 75 épaules droites et 69 gauches.

La tête est plus généralement située à droite qu'à gauche (Lachapelle) dans la proportion de 98 pour 88.

Enfin le dos serait plus fréquemment situé en avant « à cause de la fréquence des occipito-antérieures » (Jacquemier).

Les observations de présentations de l'épaule relevées à la clinique Tarnier pendant les années 1898 et 1899 (que nous publions à la fin de cette thèse) sont au nombre de 14, parmi lesquelles 7 présentations de l'épaule droite et 7 de l'épaule gauche. Chose remarquable, les positions dorso-

(1) Planchon, loc. cit,

postérieures sont aussi en nombre égal avec les dorso-antérieures.

Sans doute, le petit nombre de cas sur lesquels porte cette statistique ne donne pas une grande valeur à ces résultats. Encore est-il bon de les noter, et d'en tirer les conclusions suivantes :

Sans aller à l'encontre des opinions classiques, on peut dire que l'épaule droite se présente à peu près aussi fréquemment que la gauche, et que le dos n'a guère plus de tendance à se trouver en avant qu'en arrière.



Deuxième Partie

Etiologie

Nombreuses sont les causes qu'on a invoquées pour expliquer les présentations de l'épaule : elles agissent, d'une façon générale, en gênant l'accommodation du fœtus et en déterminant sa mobilité anormale.

Nous les diviserons en deux catégories : Causes prédisposantes et causes déterminantes.

A. — *Causes prédisposantes*

Elles peuvent tenir à la mère ou au fœtus.

I. CAUSES TENANT A LA MÈRE

1^o Multiparité

Le professeur Pinard la place au premier rang, parce

qu'à elle seule elle fait disparaître les principaux facteurs de l'accommodation fœtale.

« Les grossesses répétées rendent la paroi utérine et plus mince et plus souple. Il semble que chaque gestation fasse disparaître une certaine somme d'élasticité, de tonicité de ce muscle ; et par cela même, plus les grossesses sont nombreuses, moins l'utérus montre de tendance à conserver sa forme normale et primitive.

« Cette diminution ou disparition de certaines propriétés physiques, par le fait de gestations successives, s'observe également au niveau de la paroi abdominale. Celle-ci, comme la paroi utérine, subit une élongation à chaque grossesse, dont les stigmates externes (vergetures) sont la preuve ; mais le résultat est tout autre pour elle que pour la paroi utérine. Cette dernière, pendant la période d'involution et de rénovation, puise de nouvelles forces, de nouvelles propriétés dans la présence d'éléments jeunes, tandis que la première, n'étant pas le siège de métamorphoses aussi profondes, conserve les mêmes éléments de plus en plus fatigués, et aussi les traces indélébiles de chaque parturition.

« L'une se rajeunit, l'autre se flétrit sans cesse. Aussi la laxité de la paroi abdominale devient-elle de plus en plus considérable : les muscles grands droits s'écartent, la ligne blanche s'élargit (1) ».

Donc, utérus plus dépressible, cavité abdominale trop

(1) Pinard. Traité du palper.

vaste : pas de sollicitation à l'accommodation du fœtus dans l'utérus, prédisposition aux présentations vicieuses et particulièrement à celle de l'épaule.

A cette première raison vient s'en joindre une autre : c'est le relâchement des muscles utéro-pelviens dont l'influence a été bien mise en lumière par Thévenot dans un mémoire publié en 1882.

Ces muscles utéro-pelviens sont constitués par deux systèmes de fibres.

L'un, en continuité avec les fibres longitudinales du corps et du col de l'utérus, donne naissance à six faisceaux principaux : deux de ces faisceaux, partant de la face antérieure du corps, constituent les muscles des ligaments ronds ; des quatre autres, qui partent du col, les deux antérieurs se rendent à la face postérieure des pubis, les deux postérieurs s'insèrent à la deuxième vertèbre sacrée.

L'autre système, indépendant des fibres utérines, est constitué par un plan de fibres transversales sous-péritonéales, qui cheminant entre les ligaments larges, se dirigent vers les parois pelviennes. Moins important que le premier, il sert à abaisser l'utérus.

« Par cette description, on comprend facilement l'importance de ces muscles utéro-pelviens. Chez la primipare, l'engagement de la tête se fait pendant les trois derniers mois, grâce à la résistance de l'utérus et de la paroi abdominale, mais aussi, grâce à la contraction des muscles utéro-pelviens et en particulier des muscles des ligaments ronds. Chez la multipare, au contraire, non seulement les

parois utérines et abdominales sont fatiguées, relâchées, mais de plus tous ces faisceaux musculaires, distendus, ne se contractent plus et le fœtus, n'étant plus en contact avec les parois utérines, changera continuellement de position jusqu'au jour où le travail de l'accouchement pourra le surprendre en présentation de l'épaule (1) ».

Ces deux grandes raisons suffisent à expliquer la majeure partie des faits si remarquables relatés par différents accoucheurs :

Le cas d'Eustache de Lille (2), dans lequel une femme, ayant eu un premier enfant né par le sommet, en eut par la suite treize autres, tous nés par l'épaule. L'auteur n'a pu trouver d'autre cause à cette anomalie que le relâchement des parois utérines et des parties fibro-musculaires qui relient l'utérus à l'entrée du bassin, relâchement qui paraissait dû dans l'espèce, à une énorme déchirure du col utérin, contemporaine du premier accouchement par le sommet.

Les cas de Lecluyse, de Walter, de Géry, relatifs à des femmes ayant eu trois, cinq, neuf accouchements successifs par l'épaule. Celui de Danyau, cité par Tarnier, dans lequel l'épaule se présenta chez la même femme dans neuf accouchements successifs. Les cas de Meissner, de Joulin, etc.

D'autres auteurs ont cité des exemples analogues. Parmi les observations publiées par le Dr Planchon, nous comp-

(1) Planchon, loc. cit.

(2) Eustache de Lille. Nouv. arch. de gynéc. et d'obst., T. 4.

tons, sur 95 présentations transversales relevées, dix grandes multipares, c'est-à-dire ayant eu au moins cinq grossesses. L'auteur a soin d'ajouter que ce n'est pas seulement dix (10,5 %), mais 55 multipares (57,8 %) qui ont eu cette présentation vicieuse, seulement les 45 autres avaient en plus, soit des bassins viciés, soit des placentas prævius, soit de l'hydamnios.

Enfin Pinard, dans une statistique, cite 630 multipares sur 806 présentations transversales.

Dans notre statistique, qui porte sur 14 présentations de l'épaule, nous comptons 10 multipares, soit 71, 4 0/0. Parmi celles-ci nous remarquons 5 grandes multipares (35 0/0) (l'une était à sa treizième grossesse) que nous avons réunies dans un tableau, en y ajoutant l'observation d'une femme qui, n'ayant eu que 2 grossesses antérieures, ne fait pas partie des grandes multipares : mais nous n'avons pu trouver chez elle d'autre cause de sa présentation vicieuse que la multiparité. (Observations 6, 9, 11, 12, 13 et 15).

2^e Malformations utérines

« La présentation vicieuse paraît le plus souvent dépendre d'une configuration anormale de la matrice. Si l'utérus a sa forme normale, c'est-à-dire celle d'un ovoïde dont la plus petite extrémité correspond au détroit inférieur, le fœtus est forcé de prendre une direction longitu-

dinale ; si, au contraire, le segment inférieur est élargi et par conséquent plus spacieux, ce qui résulte habituellement d'une distension excessive de l'organe, l'axe longitudinal peut facilement dévier de l'axe de la matrice. »

Ainsi s'exprime Naegelé dans l'art des accouchements (1). C'est qu'en effet la *disposition transversale* de l'utérus est, parmi les vices de conformation de cet organe, celui qui doit être avant tout incriminé. A l'appui de ce fait, les exemples ne manquent pas.

Dans les annales de la société médicale d'Anvers, Lecluyse (2) cite le cas d'une multipare ayant présenté trois accouchements successifs par l'épaule, et chez laquelle « la matrice, au lieu d'être piriforme dans le sens vertical, présentait pour ainsi dire une espèce d'ellipsoïde dont les extrémités du grand axe correspondaient respectivement aux flancs ; elle avait donc ici en largeur ce qu'elle perdait en hauteur, et c'est à cette singulière anomalie que j'ai cru devoir attribuer la fréquence de cette position horizontale du fœtus, le plus grand diamètre de l'ovoïde fœtal se trouvant alors en parfait parallélisme avec celui de la cavité elliptique de l'utérus. Cette déformation persistait d'ailleurs à l'état de vacuité. »

Walter (3), Angus Macdonald (4), Simpson (5), citent

(1) Naegelé. — Art des accouchements, 1839.

(2) Lecluyse. — Annales de la société méd. d'Anvers 1845.

(3) Walter. — Neue Zeitschrift für Geburt, 1846.

(4) Angus Macdonald. — Edimbourg méd. Journal, 1874.

(5) Simpson. — Journal of. med. science, Edimbourg, 1849.

des faits analogues, où l'on remarque également la persistance de cette déformation après la délivrance.

Mais ce vice de conformation n'est pas le seul qui puisse affecter l'utérus. Cet organe se développe en effet, ainsi que le vagin, aux dépens des canaux de Müller, qui se juxtaposent puis se soudent. A ce moment il existe donc deux vagins et deux utérus séparés par une cloison; si nous supposons que l'évolution s'arrête là, il en résultera un vice de conformation caractérisé par la présence d'un utérus didelphe, ce qui d'ailleurs ne prédispose pas aux présentations du tronc. Au contraire, si l'arrêt de développement ne se produit qu'au moment où la cloison a déjà en partie disparu, l'utérus au lieu d'être double dans sa totalité, présentera seulement une cavité à deux compartiments vers le fond, et simple vers le col : d'où utérus à grand diamètre transversal, ce qui, nous le savons, prédispose aux présentations de l'épaule.

C'est ce qui s'était produit dans le cas cité par Polailon (1) dans un mémoire publié en 1877, cas dans lequel cette *disposition cloisonnée de l'utérus* avait eu pour conséquence, en outre de la présentation transversale, une insertion vicieuse du placenta.

M. Paris avait mentionné une observation analogue dans le Bulletin de l'Académie de médecine de 1864; il s'agissait d'une femme accouchant de son deuxième enfant.

Dans certains cas, la cloison médiane n'est plus repré-

(1) Polailon. — Annales de gynécologie, août 1877.

sentée que par un éperon plus ou moins saillant, situé à la partie supérieure de l'utérus, ce qui produit extérieurement une dépression assez marquée au niveau du fond de l'organe. C'est l'*utérus cordiforme* (en cœur de cartes à jouer), décrit par Hergott en 1839 (1). Cette malformation assez fréquente produit souvent la présentation de l'épaule : Pinard considère même que lorsque chez une primipare à terme ayant le bassin normal il existe une présentation transversale, il y a de grandes chances pour que l'utérus soit cordiforme.

Nous en avons trouvé un exemple frappant dans le relevé de la Clinique Tarnier. Il date du 24 mai 1898. Il s'agit d'une femme ayant eu 3 grossesses antérieures, et chez laquelle « à chaque contraction, on voit le ventre se développer considérablement, plutôt en surface, au lieu de la forme globuleuse normale. Au palper : utérus très évasé vers le fond ; il présente au centre une dépression avec une saillie bilatérale, plus accentuée à droite, comme une sorte d'éperon... Les membranes sont soigneusement reconstituées et, par leur insufflation, M. le Professeur Budin réussit à rendre à l'œuf la forme de cœur de cartes à jouer qui avait été diagnostiquée, et qui est des plus nettes. » L'observation est publiée plus loin (Obs. 1).

Enfin il existe une dernière disposition, cause fréquente de présentations transversales, sur laquelle Cazeaux (2) a

(1) Hergott. — Thèse d'agrégation, 1839.

(2) Cazeaux. — Traité de l'art des acc., 1844.

surtout insisté, c'est l'*obliquité utérine* : non seulement l'obliquité antérieure ou postérieure (antéversion et rétroversion) mais l'obliquité latérale, et surtout l'obliquité latérale droite, qui n'est que l'exagération de l'état normal. Madame Lachapelle avait déjà signalé ce fait, auquel elle attribue la plus grande fréquence des présentations de l'épaule droite ; il est juste de dire que de l'obliquité latérale gauche on trouve à peine quelques exemples.

Supposons donc que la matrice soit assez oblique pour porter la tête du fœtus sur le bord de l'une des fosses iliaques ; il est difficile qu'elle reste en ce point : ou bien en effet elle sera repoussée dans l'excavation, ou bien elle glissera plus en dehors, et le fœtus, de plus en plus oblique, finira par présenter une épaule au détroit supérieur.

Parmi les 14 observations de présentations transversales que nous avons recueillies, nous ne comptons qu'un seul cas de malformation utérine : c'est celui d'utérus cordiforme que nous avons cité plus haut.

3° Bassins viciés

C'est encore une cause importante de présentations de l'épaule. Mais tous les bassins viciés n'y prédisposent pas également ; ce sont surtout les bassins rétrécis d'avant en arrière, chez lesquels le promontoire est accessible au doigt. On comprend, en effet, dans ce cas, que l'utérus repoussé par la colonne lombaire, soit obligé de

se porter en avant, en antéflexion ; il en résulte un défaut d'accommodation du fœtus, qui prend alors une position défectueuse.

Les statistiques démontrent ce fait :

Celle de Spiegelberg porte sur 544 cas de bassins rétrécis, parmi lesquels il a trouvé 44 présentations transversales, ce qui donne une moyenne de 8.6 0/0. Stanesco arrive au même résultat, et Litzmann ne trouve que 1,4 0/0

D'autre part, Planchon a relevé, sur 95 présentations de l'épaule, 32 cas de bassins rétrécis, ce qui donne (en sens inverse) une moyenne de 33 0/0. Dans ces 32 cas le promontoire était accessible.

Pendant les années 1898 et 1899 on a observé à la clinique Tarnier 3 cas de bassins rétrécis ayant été la cause de présentations de l'épaule (moyenne 21,4 0/0). Dans les 3 cas le promontoire était accessible : le diamètre promonto-sous-pubien mesurait dans le premier cas 7 c. 8, dans le deuxième 9 c. 7 et dans le troisième 10 c. 5 (ce dernier chez une grande multipare). (Observations 4, 6 et 11).

Les bassins trop larges (justo-major) prédisposent aux déviations utérines ; l'accommodation est incertaine et favorise les présentations vicieuses.

4° Tumeurs de l'utérus et des organes voisins.

Toutes les tumeurs de l'utérus capables par leur volume de gêner ou d'empêcher l'accommodation fœtale peuvent être la cause de présentations de l'épaule.

Sans entrer dans la description détaillée de chacune d'elles, nous nous bornerons à mentionner les *fibrômes* (laissant de côté les petits fibrômes fréquemment implantés sur la muqueuse utérine, lesquels ne donnent lieu à aucun symptôme particulier pendant la grossesse et ne gênent nullement la marche et le développement de la gestation) ; les *cancers*, beaucoup plus rares et envahissant surtout le col de l'utérus, ainsi que l'a démontré M. Bar (1) dans sa thèse d'agrégation ; les *polypes*, les *thrombus*, les *tumeurs fongueuses*, les *tumeurs enkystées*, etc...

Mais en dehors de ces tumeurs affectant particulièrement l'utérus, il faut citer aussi les tumeurs d'organes voisins pouvant obstruer le canal pelvien, refouler la matrice sur l'un des côtés de l'abdomen, et produire ainsi indirectement des présentations vicieuses ; par exemple un *kyste de l'ovaire* volumineux, venu s'insérer entre l'utérus et la paroi de l'excavation ; un *kyste dermoïde*, immobilisé dans le canal pelvien ; les *tumeurs du vagin* (*kystes*, *épithéliomas*), de la vessie (*cystocèle*, *calculs*, *tuberculose*), du rectum (*rectocèle*, *cancer*) déterminant par compression la *rétroversion*, l'*antéversion* ou l'*obliquité latérale* de l'utérus ; enfin les *tumeurs osseuses du bassin*.

Il est bien entendu que toutes ces tumeurs ne produisent pas infailliblement des présentations de l'épaule ; il arrive très fréquemment, comme nous l'avons vu pour les fibrômes, qu'elles ne gênent que peu ou pas l'accommodation fœtale : Les statistiques suivantes le prouvent :

(1) Bar. — Thèse d'agrégation 1886.

Statistique de Nause. — Sur 86 cas de tumeurs utérines :

Prés. du sommet :	46	(53,4 %)
« du siège :	22	(25,5 %)
« de l'épaule :	18	(20,9 %)

Statistique de Sussrott. — Sur 75 cas :

Prés. du sommet :	40	(58.8 0/0)
— du siège :	18	(23.5 0/0)
— de l'épaule :	17	(20 0/0)

Statistique de Lefour. — Sur 102 cas :

Prés. du sommet :	52	(50.9 0/0)
— du siège :	33	(32.3 0/0)
— de l'épaule :	17	(16.6 0/0)

Nous n'avons trouvé aucun cas de présentation transversale due à la présence de tumeurs utérines.

5° Contractions utérines

Certains accoucheurs (Scanzoni, Naegelé) ont prétendu que les contractions utérines, notamment des contractions irrégulières et partielles, pouvaient au moment du travail convertir une présentation du sommet en présentation du tronc.

Malgré l'observation que cite le professeur Naegelé (1) à l'appui de cette théorie, la plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que les contractions utérines sont trop

(1) Loc. cit,

faibles pour produire un tel changement dans la position du fœtus. « C'est sans motif véritablement concluant qu'on les a incriminées » (Jacquemier) (1).

Pour clore la série des causes prédisposantes, ajoutons la *vie sédentaire*, mentionnée par le Dr Porquet dans sa thèse ; la moyenne qu'il donne est de 1 présentation de l'épaule pour 45 parturientes rentrant dans cette catégorie.

II. — CAUSES PRÉDISPOSANTES TENANT AU FŒTUS

1° Petitesse du fœtus

La petitesse du fœtus vient, en première ligne, par ordre de fréquence.

Libre dans une cavité trop grande pour ses faibles dimensions, le fœtus, à cause de sa grande mobilité, n'a aucune tendance à se fixer ou à s'engager d'une façon stable ; survienne la rupture des membranes, il sera aisément surpris en position vicieuse, par exemple en présentation transversale. Souvent même, comme nous en avons rencontré un exemple (observation I) le bras ou le cordon seront entraînés avec la présentation.

Si, de plus, le fœtus est mort et macéré, les chances de présentation vicieuse seront encore augmentées, grâce à la mollesse et au défaut de résistance qui caractérisent cet état.

Enfin, si l'on veut bien ne pas oublier que jusqu'aux

(1) Jacquemier. — Manuel d'Acc., 1846.

deux derniers mois de la grossesse, quelquefois même un peu plus tard, le fœtus est mobile dans la cavité utérine, on comprendra pourquoi les présentations de l'épaule, dans les accouchements prématurés, sont d'autant plus fréquentes que l'expulsion du fœtus s'éloigne davantage du terme habituel de la grossesse.

C'est ce que viennent démontrer les statistiques, à ne citer que celle de Paul Dubois ; elle porte sur 333 accouchements prématurés (194 d'enfants vivants, 142 d'enfants morts) :

Sur 73 enfants nés à 7 mois.....	2 épaules
Sur 121 — — — avant le 7 ^e mois..	5 épaules
Sur 96 enfants morts dans les derniers mois..	2 épaules.
Sur 46 — — — à 7 mois.....	4 épaules.

Nous publions 4 observations dans lesquelles la petitesse du fœtus a déterminé la présentation de l'épaule : la première est celle d'une primipare donnant naissance à un fœtus de 7 mois pesant 1000 grammes, lequel meurt presque aussitôt de faiblesse congénitale. Dans la deuxième, le fœtus, plus rapproché du terme, est mort et macéré, il pèse 2.000 gr. La troisième est celle d'une multipare dont l'utérus était cordiforme et dont l'enfant, né à 6 mois et demi, meurt après quelques inspirations : Il pesait 1.000 gr. Enfin la 4^e a trait à une primipare atteinte d'hydramnios. L'enfant (1800 gr.) (7 mois) a été mis en couveuse. (Obs., 1, 7, 9, 10).

2° Grossesse gémellaire

Tous les auteurs sont d'accord pour lui reconnaître une grande influence dans le mécanisme des présentations de l'épaule. En effet, les fœtus contenus dans l'utérus se gênent mutuellement et ne peuvent obéir à la loi de l'accommodation qui, pendant la grossesse, régit les rapports de l'organisme fœtal avec l'organe maternel. Cette loi est semblable dans ses causes et dans ses résultats à la loi d'accommodation pendant le travail, si bien formulée par Pajot :

« Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tend sans cesse à accommoder ses formes et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. Sont régies par cette loi les présentations et positions dans les bassins normaux et viciés. »

Les présentations transversales se rencontrent surtout lorsque les fœtus sont contenus dans deux poches des eaux différentes, dont l'une plus grande contient l'autre plus petite. Le professeur Budin a signalé un cas de ce genre ; il s'agissait d'une femme qui accoucha de 2 enfants : l'un se présenta en AID de l'épaule droite avec procidence du bras droit, on dut recourir à la version pour extraire l'enfant hors des organes maternels ; le deuxième se présenta par le siège en SIG. La délivrance fut naturelle ; l'arrière-

faix présentait deux poches emboîtées l'une dans l'autre, ayant chacune un placenta propre. Grâce à cette disposition des membranes, les fœtus étaient superposés dans la cavité utérine, séparés par une cloison membraneuse qui mettait obstacle à leur entrelacement beaucoup plus que si chaque œuf eût été distinct.

Mais dans une grossesse double, par exemple, peut-il se faire que les deux fœtus se présentent transversalement ? On en a cité quelques cas ; M. Budin (1) notamment en a relaté un exemple dans les archives de Tocologie, mais c'est exceptionnel. En général, c'est seulement le deuxième enfant qui naît par l'épaule, le premier se présentant le plus souvent par le siège ou par le sommet. Ainsi sur 158 grossesses doubles, on trouve 14 présentations de l'épaule : 2 pour le premier enfant et douze pour le second. A quoi tient cette différence ? Le Docteur Planchon l'explique de la façon suivante :

« Dès que la capacité de l'utérus est agrandie par la sortie du premier enfant, le second, n'étant plus pressé par les parois utérines, est tout à fait mobile dans cette cavité utérine trop grande pour lui. Il sera donc surpris par une contraction dans telle ou telle position, et se présentera ainsi au niveau de l'orifice interne, d'où la fréquence des présentations de l'épaule pour le second enfant ».

Notre relevé des présentations transversales compte un seul cas de grossesse gémellaire, chez une femme ayant

(1) Budin. Archives de tocologie 1883.

eu 4 grossesses antérieures : Le premier enfant s'était présenté par le siège, le second par l'épaule droite (obs. 11).

3^e Hydramnios

L'hydropisie de l'amnios, indépendamment des désordres qu'elle peut produire chez la mère et des accidents beaucoup plus graves qu'elle occasionne chez le fœtus (avortement, malformation, débilité, mort) peut être la cause des présentation de l'épaule.

Nous n'avons pas ici en vue les hydramnios légères, à peine appréciables, dans lesquelles la quantité de liquide amniotique est simplement exagérée : celles-ci sont le plus souvent sans influence sur la présentation. Nous voulons parler d'hydramnios notables, volumineuses, celles qui se traduisent à l'extérieur par des symptômes faciles à percevoir.

Dans ce cas, il est facile de comprendre que le fœtus, noyé dans un pareil excès de liquide, n'a aucune tendance à s'engager ; au moment de la rupture des membranes, n'étant pas fixé définitivement, il sera surpris dans la position qu'il occupera à ce moment, et qui sera souvent transversale.

Dans la statistique Planchon, sur 95 cas de présentations de l'épaule on compte 9 hydramnios, ce qui équivaut à une moyenne de 9, 4 %.

Nous n'avons pu, pour les deux dernières années,

en relever qu'un seul cas, sur 14 présentations de l'épaule (moyenne 7,1 ‰). Encore faut-il ajouter que la quantité n'était pas très considérable, quoique n'ayant pas été dosée, et que l'enfant ne pesait que 1800 gr. ce qui pouvait suffire à expliquer la présentation (obs. 2).

4° Placenta prævia

L'insertion du placenta sur le segment inférieur, la grande cause des hémorragies souvent foudroyantes de la fin de la grossesse, est aussi une cause de présentations transversales. Joulin (1) l'admettait même à l'exclusion des autres, qu'il déclarait ne pas connaître.

Comment en expliquer le mécanisme ?

Il semble qu'il ne soit pas nécessaire, comme l'a fait Cohnstein (2), d'invoquer la faiblesse et la brièveté relatives du cordon, qui, déterminant un trouble dans la circulation du fœtus, obligerait celui-ci à présenter l'une ou l'autre épaule pour se rapprocher du placenta. Il est plus simple d'admettre que l'insertion du placenta sur le segment inférieur, diminuant le diamètre vertical de la cavité utérine, oblige le fœtus à se placer parallèlement au diamètre transversal, devenu le plus grand. L'enfant se trouve alors dans les conditions que nous avons indiquées plus haut en étudiant la disposition transversale de la matrice.

(1) Joulin. *Traité d'acc.* 1866.

(2) Cohnstein. *Mémoire sur l'étiologie des prés. nor. du fœtus.*

Le Dr Planchon cite un relevé de 1218 placentas prævias avec 293 présentations du tronc.

A la clinique Tarnier, de 1888 à 1898, on a observé 6 présentations de l'épaule ayant pour causes le placenta prævia ; la moyenne est de 6,3 0/0. Pendant les deux dernières années nous en avons noté un cas chez une grande multipare ; ce qui donne une moyenne de 7,1 0/0. L'observation en est publiée plus loin (Obs. 13).

5^e Monstruosités fœtales.

Eu égard à la rareté des monstruosités fœtales, on a observé bien plus rarement encore des présentations de l'épaule dues à cette cause.

Les plus fréquentes de ces monstruosités, les hydrocéphales, sont précisément remarquables par ce fait qu'elles ne se présentent presque jamais transversalement.

Cazeaux a rapporté l'observation d'une méningocèle de la région occipitale chez un fœtus s'étant présenté par l'épaule.

Veit (1) a relevé un cas de fœtus throcopage né en présentation transversale.

Les autres monstruosités prédisposent encore moins à ces présentations. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple.

(1) Veit. — Scanzoni's Beitrage zur Geburt, Berlin, 1851.

6° Brièveté du cordon

Moins rares sont les présentations de l'épaule dues à cette anomalie. On distingue la brièveté naturelle de la brièveté accidentelle, cette dernière étant produite par des circulaires.

On conçoit aisément que le cou vienne se placer dans une anse et retenir la tête en haut ou sur les côtés de la cavité utérine, permettant ainsi à une autre partie de se présenter au détroit supérieur ; le même résultat est obtenu si des circulaires, diminuant les dimensions du cordon empêchent la tête de descendre dans l'excavation.

Cependant certains auteurs, comme Kohlschratter, n'admettent pas cette explication et soutiennent au contraire que la mauvaise présentation de l'enfant est la cause et non l'effet de la brièveté du cordon.

Notre relevé contient un cas de brièveté du cordon ombilical : celui-ci avait 35 cm. de longueur et présentait une insertion en raquette. Nous n'avons pu trouver d'autre cause capable d'expliquer la présentation transversale chez cette femme (Obs. 3).

B. — Causes déterminantes

Elles sont beaucoup moins intéressantes que les premières, aussi ne nous arrêteront-elles pas longtemps.

Madame Lachapelle, à l'encontre de la plupart des ac-

coucheurs modernes, leur attachait une grande importance au point même de délaisser les causes prédisposantes.

Elle incriminait surtout les *secousses et les fatigues* produites par les voyages, ce dont elle a cité un exemple frappant.

Nous aurions certainement beaucoup de difficultés à en rassembler de nombreux exemples aujourd'hui, nos moyens de transport s'étant, depuis l'époque de la célèbre sage-femme, singulièrement perfectionnés.

Mais les *accidents* n'ont pas pour cela diminué de nombre et le cas de Portal, dans lequel une de ses clientes renversée par une voiture, accoucha aussitôt d'un enfant qui naquit par l'épaule, se reproduira sans doute.

Les *chutes* tiennent une grande place parmi ces accidents. M. Planchon en cite trois cas.

Une des femmes dont nous rapportons les observations a fait une chute d'un premier étage, vers le cinquième mois de sa grossesse ; mais nous ne pouvons prendre ce fait en considération, la présentation transversale n'étant survenue que 3 mois après, et ayant succédé à un sommet.

Moins importantes sont les *secousses morales*, émotions, frayeurs, colères violentes. Cependant M. Sciaky de Salonique en a rapporté un cas intéressant, celui d'une femme enceinte de 8 mois 1/2 tombant évanouie à la suite d'une forte colère; en reprenant connaissance elle sentit son fœtus « s'enclaver comme une vrille » dans son flanc gauche. En effet l'enfant se présenta par l'épaule gauche. Comment rendre compte de ce mécanisme ?

La statistique 1898-99 de la clinique Tarnier ne contient aucun cas de ce genre.

Ajoutons, en terminant ce chapitre, que les différentes causes que nous venons d'étudier sont souvent réunies chez le même sujet, concourant au même but, mais rendant quelque fois difficile l'appréciation de leur valeur respective.

En revanche, il peut y avoir des cas où aucune de ces causes ne convient au cas examiné : les observations 5 et 8 paraissent rentrer dans cette catégorie ; car, ainsi qu'on pourra le voir, les relevés succincts que nous en avons recueillis à la Clinique ne permettent pas de dire quelle a été dans ces deux cas la cause de la présentation de l'épaule.



Troisième Partie

Pronostic et Traitement

L'accouchement dans les présentations de l'épaule peut se terminer spontanément de quatre façons différentes :

1° *Evolution spontanée.* — Ce serait, d'après Routier (1), la terminaison la plus fréquente, elle se rencontrerait environ 8 fois sur 13 présentations transversales abandonnées à elle-même.

En réalité, cette terminaison est beaucoup plus rare. Elle se fait par un mécanisme identique à celui des autres présentations : accouchement en 6 temps (pelotonnement, engagement, rotation interne des épaules, dégagement, rotation de la tête, expulsion). — Mais ce mécanisme, outre qu'il est toujours fort long et qu'il exige des contractions utérines très puissantes, a pour résultat presque constant la mort de l'enfant :

27	morts sur	30 (Denman)
10	—	12 (Lachapelle)
125	—	137 (Velpeau)
8	—	8 (Routier)

Cela n'a rien d'étonnant, l'évolution spontanée n'étant, le plus souvent, possible que pour des fœtus de moins de 1000 gr. De plus, la mère peut succomber à une rupture utérine.

(1) Routier, Thèse Doct. 1893.

2° *Evolution du fœtus ployé en double.* — (Rœderer-Kleinwachter). Se rencontre plus rarement encore (3 sur 13). Le fœtus sort des parties maternelles « *conduplicato corpore* » ; la tête et le thorax sont rapprochés jusqu'au contact, descendent simultanément dans l'excavation et se dégagent ensemble. Ce mécanisme ne permet pas la survie de l'enfant.

3° *Version spontanée.* — C'est la plus rare de toutes (1 fois sur 13). La présentation se transforme d'elle-même, par un mouvement de glissement, en un sommet ou un siège ; mais elle exige la présence de la poche des eaux, un engagement faible et des contractions utérines énergiques. — C'est elle qui procurerait à l'enfant le meilleur pronostic ; malheureusement elle est exceptionnelle.

4° *L'accouchement n'a pas lieu.* — Les choses restent en l'état, l'enfant est bloqué. La mère et l'enfant meurent : la première par l'épuisement et le surmenage ou par rupture utérine (ordinairement au niveau de l'anneau de Bandl) ; le second meurt d'asphyxie due aux contractions utérines prolongées et à la compression du cordon.

Telle est, à la vérité, la terminaison la plus fréquente des présentations de l'épaule, quand elles sont abandonnées aux seules forces de la nature.

Comme on le voit, le pronostic est presque fatal pour l'enfant sinon pour la mère. Il faut donc intervenir, et le plutôt possible : dès que le diagnostic est fait.

Traitement préventif. — Faire la version par manœuvres externes pendant la grossesse et maintenir ensuite le

ventre de la femme par une ceinture hypogastrique armée de deux coussinets latéraux (ceinture eutocique de Pinard ou autre). Si le bassin est mal conformé ou l'engagement de la tête difficile, rompre les membranes aussitôt que le travail s'est déclaré (après avoir fait la version par manœuvres externes).

Traitement curatif. — Dès que le travail est commencé, ménager la poche des eaux le plus longtemps possible en recommandant à la parturiente le repos absolu. Essayer la version par manœuvres externes. Si elle échoue, attendre la dilatation complète ; rompre alors artificiellement les membranes et faire la version par manœuvres internes.

Si le bassin est rétréci, provoquer l'accouchement prématuré à l'aide des injections chaudes, du ballon de Tarnier et de l'écarteur si cela est nécessaire ; faire ensuite la version pelvienne. Si cela ne réussit pas, pratiquer l'embryotomie.

Enfin, si l'enfant naît en état de mort apparente, ce qui est loin d'être rare, on emploiera tous les moyens préconisés par le professeur Budin : Enlèvement des mucosités de l'arrière-gorge avec le doigt. Aspiration de ces mucosités à l'aide de l'insufflateur Ribemont-Dessaignes. Frictions alcooliques et éthérées ; flagellation ; bains chauds et bains froids ; tractions rythmées de la langue selon le procédé de Laborde ; respiration artificielle.

On continuera ces divers moyens aussi longtemps qu'il le faudra.

NOMS	AGES	DATE de l'entrée à la Clinique	NOMBRE de grossesses antérieures	PRÉSENTATIONS	CAUSES de la Présentation
Multiparité					
D...	29 ans	19 juillet 1898	5 ^e pare	Epaule gauche	Grande multiparité (bassin rétréci)
O... Rosa	33 ans	41 décembre 1898	8 ^e pare	Epaule gauche	Grande multiparité
Z... Louise	45 ans	22 avril 1899	13 ^e pare	Epaule droite	Grande multiparité
C... Marie	30 ans	27 juillet 1899	5 ^e pare	Epaule gauche	Grande multiparité (placenta prævia)
G...	30 ans	7 février 1899	5 ^e pare	Epaule droite	Grande multiparité (grossesse gémellaire)
A... Pascaline	24 ans	1 ^{er} octobre 1899	3 ^e pare	Epaule droite	Multiparité
Petitesse du Fœtus					
M... Charlotte	17 ans 1/2	15 août 1898	Primipare	Epaule droite	Enfant mort, 1000 gr.
C... Ernestine	31 ans	12 décembre 1898	Primipare	Epaule gauche	Enfant macéré, 2000 gr.
C... Louise	36 ans	24 mai 1898	Multipare	Epaule droite	Enfant mort, 1000 gr.
B... Eugénie	23 ans	24 mai 1898	Primipare	Epaule droite	Enfant débile, 1800 gr. (hydramnios)

Bassins rétrécis

S... Marie	36 ans	1 ^{er} juillet 1898	Multipare	Epaule gauche	Promont. access. 7 ^o 8
G...	30 ans	7 février 1899	Multipare	Epaule droite	Promont. access. 9 ^o 7
D...	29 ans	19 juillet 1898	Multipare	Epaule gauche	Grossesse gémellaire Promont. access. 10 ^o 5

Malformation utérine

C... Louise	36 ans	24 mai 1898	Multipare	Epaule droite	Utérus cordiforme Pet. du fœtus, 1000 gr.
-------------	--------	-------------	-----------	---------------	--

Hydramnios

B... Eugénie	23 ans	24 mai 1898	Primipare	Epaule droite	Pet. du fœtus, 1800 gr.
--------------	--------	-------------	-----------	---------------	-------------------------

Grossesse Gémellaire

G...	30 ans	7 février 1897	Multipare	Ep. dr. (2 ^e enf.)	Promont. access.
------	--------	----------------	-----------	-------------------------------	------------------

Placenta Praevia

C... Marie	30 ans	20 juillet 1899	Multipare	Epaule gauche	Placenta praevia
------------	--------	-----------------	-----------	---------------	------------------

Brièvement du Cordon

G... Germaine	29 ans	21 juin 1898	Multipare	Epaule droite	Brièv. du cordon, 35 ^o
---------------	--------	--------------	-----------	---------------	-----------------------------------

Observations

OBSERVATION I

Epaule droite. — Procidence du cordon. — Utérus cordiforme. — Version pelvienne. — Albuminurie.

C. Louise, 36 ans, multipare. Entrée le 24 mai 1898.
Dernières règles : début novembre 1897.

1^{re} grossesse ; à 7 mois. — Epaule ; Enfant mort.

2^e grossesse ; à 7 mois. — Epaule ; Procidence du cordon.

3^e grossesse ; à 7 mois 1/2. — Siège ; Procidence du cordon ; Rétraction de l'orifice cervical.

Grossesse actuelle. — Douleurs lombaires journalières à partir de 6 mois et demi, c'est-à-dire le 23 mai. A 10 heures du soir, écoulement d'un liquide jaunâtre gluant : les contractions utérines apparaissent ensuite toutes les 2 heures ; elles forcent la femme à la station debout.

Le 24 au matin, elles se rapprochent. Une sage-femme constatant une présentation vicieuse, conseille l'entrée à la Clinique Tarnier, où elle arrive à 4 heures du soir.

A chaque contraction, on voit le ventre se développer

considérablement en surface au lieu de la forme globuleuse normale. Au palper ; utérus très évasé vers le fond, il présente au centre une dépression avec une saillie bilatérale plus accentuée à droite, comme une sorte d'éperon. Léger excès de liquide. Bruits du cœur faibles, sourds, au niveau de l'ombilic.

Dilatation de 3 cent., bords du col très durs.

Poche des eaux intacte.

Epaule droite en AIG.

La femme endormie, le Dr Dubrisay rompt les membranes et fait la version. La tête est arrêtée par l'orifice cervical revenu sur lui-même, mais celui-ci cède bientôt.

Les membranes sont soigneusement reconstituées, et par leur insufflation M. le professeur Budin réussit à rendre à l'œuf la forme de cœur de cartes à jouer qui avait été diagnostiquée et qui est des plus nettes.

L'enfant, qui pesait 1.000 grammes, meurt après quelques inspirations.

OBSERVATION II

Sommet avant le travail. — Epaule droite en A. I. G. dorso-antérieure pendant le travail. — Excès de liquide. — Version podalique.

B. Eugénie, 23 ans, domestique. Primipare. Entrée à la clinique le 24 mai 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls, Elevée par l'assistance publique.

Antécédents personnels. — Ne sait à quel âge elle a marché. A eu la scarlatine à 11 ans. A souvent de la céphalalgie et de l'odontalgie.

Premières règles. — A 11 ans, sont très irrégulières, viennent parfois avec un intervalle de 2 mois.

Dernières règles. — Le 7 novembre 1897. Aucun malaise à noter au début.

Etant au terme de cinq mois, elle a ressenti des douleurs à la suite d'une chute d'un étage. Elle est allée à la Charité. On lui fit garder le repos pendant 15 jours et on enraya l'avortement avec des injections chaudes et des lavements laudanisés.

En sortant de la Charité, elle vient se présenter à la Clinique où elle est admise le 24 mai 1898.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 22 juillet où, dans la matinée, elle ressent les premières douleurs.

A l'examen, on constate une présentation du sommet mobile en droite, avec excès de liquide. Enfant vivant. Col en voie d'effacement. Un lavement laudanisé est donné dans le but d'arrêter les contractions.

Dans la nuit du 23, à 3 heures du matin, souffrant de nouveau elle est mise à la salle d'accouchements. La dilatation est de deux centimètres, poche des eaux volumineuse. Par le palper on sent la tête à droite, le siège à gauche ; le dos paraît un peu en arrière. Par le toucher on arrive très difficilement sur un coude. L'enfant est vivant.

La dilatation progresse assez rapidement et est complète à 6 heures du matin.

M. Dubrisay, prévenu, opère la rupture des membranes et pratique la version par manœuvres internes sous le chloroforme. En allant à la recherche du pied, il constate que la tête, au lieu d'être à droite comme il l'avait

constaté en arrivant, se trouve à gauche, le dos en avant. Comme il existait une certaine quantité de liquide, il pense que le fœtus a évolué.

L'extraction de l'enfant ne présente aucune difficulté ; il pèse 1800 grammes et mesure 47 centimètres de longueur.

La délivrance se fait une demi-heure après, elle est naturelle et complète. Injection utérine. L'enfant est mis en couveuse.

Deux heures après, l'accouchée allant bien est transportée au lit numéro 32.

Elle éprouve de vives tranchées pendant les deux premiers jours, calmées par 2 grammes d'antipyrine.

OBSERVATION III

Epaule droite. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Version pelvienne. — Fracture du fémur gauche. — Brièvement du cordon.

G. Germaine, 29 ans, modiste, multipare. Entrée à la clinique le 21 juin 1898.

A. H. — Père vivant, bien portant. Mère morte à 42 ans (encéphalite ?) Frère bien portant.

A. P. — Ne se rappelle pas l'âge où elle a marché. Premières règles : à 16 ans, irrégulières et douloureuses. Leucorrhée depuis l'établissement des règles. Pertes jaunes et verdâtres, douleurs à la miction, surtout pendant ses grossesses.

1^{er} accouchement en 1893, normal, petite fille bien constituée, actuellement bien portante.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 10 septembre 1897. Vers le 8 décembre, la parturiente eut des pertes de sang assez abondantes (comme au moment de ses règles, nous dit-elle), suivies à quelques jours de distance d'un écoulement hydrorrhéique.

Le 21 juin. — A l'examen on trouve l'utérus remontant à 3 travers de doigt au dessous de l'appendice xiphoïde, — La tête est engagée (?) Le dos est à gauche. Les bruits du cœur sont normaux et s'entendent à gauche.

Position en O I G A. Col très peu perméable. Bassin normal, varices aux membres inférieurs. Squelette, cœur, poumons normaux.

Le 22 juin. — Position D P. Col perméable.

Le 23 juin, — Tête dans le flanc droit. Siège sur le flanc gauche. Dos en arrière. A I D. Version par manœuvres externes faites par M. Delage, la tête est presque ramenée au détroit supérieur. La parturiente maintient le résultat de la version pendant toute la journée, mais pendant le sommeil les mouvements du fœtus le replacèrent dans sa position primitive.

Le 3 juillet. — Douleurs de rein assez violentes.

Le 6 juillet. — Même état.

Dans la nuit du 5 au 6 juillet, rupture spontanée des membranes. Mlle Viers fait à minuit un tamponnement du vagin : on le renouvellé 5 fois dans les 24 heures.

Le 6 juillet. — La parturiente entre dans la salle d'accouchements à 3 heures de l'après-midi. A ce moment le col est mince, dilatable de 1 cm. Au toucher on tombe sur un coude engagé dans l'orifice.

Pour l'empêcher de pousser, on donne à la parturiente un peu de chloroforme.

A 5 heures, la dilatation est de 4 centimètres.

A 6 heures, elle est à peu près complète ; on se décide alors à intervenir par une version.

L'enfant se présente par l'épaule droite en A. I. D. On endort la parturiente. M. Brindeau complète alors la dilatation avec la main, puis il abaisse un bras, qui se trouve être le bras droit, sur lequel on place un lacs. — Puis, ayant reconnu qu'il avait réellement affaire à une présentation droite en dorso-postérieure, il introduit la main gauche à la recherche du pied gauche ; il arrive difficilement à saisir un pied, qui se trouve être le pied droit. L'anneau de contraction est très résistant : il éprouve de ce fait une grande difficulté pour abaisser le pied ; il y arrive cependant dans l'intervalle des contractions.

L'évolution du fœtus se fait alors facilement. Le siège descend, la fesse droite arrive d'abord à la vulve ; à ce moment on éprouve des difficultés à extraire le siège, on constate alors que l'anneau de Bandl applique fortement la jambe gauche contre le tronc. Alors, pour dégager la fesse antérieure, on introduit le doigt dans le pli de l'aîne et on exerce des tractions en appuyant sur le bassin du fœtus. A ce moment, le doigt faisant coin entre le bassin et la cuisse du fœtus fortement appliqué contre le tronc par la contraction de l'anneau de Bandl, on entend un craquement très net, indiquant une fracture du fémur. La jambe alors se dégage facilement.

On extrait facilement le tronc et les épaules. Pour extraire la tête, on éprouve des difficultés, toujours du fait de l'anneau de Bandl ; on essaie la manœuvre de Mauriceau. Voyant qu'elle ne réussit pas, M. Brindeau demande le forceps. A ce moment M. Perret essaie à son tour la manœuvre et réussit à extraire l'enfant. Celui-ci naît en état

de mort apparente; il est ranimé après aspiration des mucosités trachéales.

On applique un appareil en gutta-percha sur la fracture du fémur, qui siège sur la diaphyse. L'enfant, du sexe féminin, pèse avec son appareil 2,450 gr. — Longueur 45 centimètres.

Délivrance naturelle à 6 h. 45.

Injection vaginale. — Lavage intra-utérin avec 6 litres de solution de sublimé.

Périnée intact. — Le placenta pèse 420 gr.

Le cordon mesure 35 cent. et présente une insertion en raquette. — Les suites de couches ont été normales pour la femme; l'enfant a présenté de l'ictère deux jours après sa naissance et a été placé dans une couveuse.

La femme a quitté la clinique en bon état le 19 juillet. L'enfant a été dirigé dans le service des débiles; il pesait 2,400 gr. Sa fracture était en bonne voie de consolidation.

OBSERVATION IV

Bassin rétréci; 7 c. 8. — Epaule gauche en A I G. — Perforation du crâne (tête dernière). — Version podalique.

S... Marie, 36 ans, multipare.

Entrée à la clinique le 1^{er} juillet 1898. S'est ainsi exprimée: trois fois déjà j'ai été enceinte; chaque fois j'ai accouché à terme d'un enfant mort; aujourd'hui je suis enceinte de 7 mois et demi et je viens pour que, si possible, vous me donniez un enfant vivant.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Frères bien portants.

Antécédents personnels. — N'a marché qu'à 3 ans ;
réglée à 15 ans.

Dernières règles. — Du 12 au 15 novembre 1897.

Rien de particulier.

Examen. — Petite, cette femme a tous les aspects d'une rachitique : fémur et tibia arqués, bosses frontales saillantes, etc.

Au palper on constate que le dos est à gauche, bref il s'agit d'une O I G T.

Le toucher permet de mesurer les diamètres du bassin : P S. P : 7 c. 8. Transversal : 11 c.

Le cœur et le poumon sont en bon état.

Cet examen terminé, M. le Professeur Budin expose à la parturiente que l'on peut, soit la faire accoucher prématurément, mais avec peu de chances de vie pour l'enfant, soit la laisser aller à terme, à la condition qu'elle acceptera alors l'opération césarienne ou la symphyséotomie.

Quelques jours de réflexion sont accordés à l'intéressée qui, le 9 juin, déclare qu'elle ne veut pas plus d'opération césarienne que de symphyséotomie. Il est alors décidé que le surlendemain lundi on pratiquera l'accouchement prématuré.

Le lendemain 10 juillet à 10 heures du matin, la parturiente perd spontanément les eaux. M. le Professeur Budin décide d'attendre les événements, l'enfant ne paraissant pas souffrir. On reste ainsi dans l'expectative jusqu'au mercredi matin. Ce jour, à dix heures du matin, M. le D^r Perret cherche en vain à faire pénétrer un ballon de Tarnier dans l'utérus : l'orifice interne du col est inextensible. Le même soir, après que l'hystéromètre a pu franchir cet orifice, une bougie est introduite : aucun effet n'est produit.

Le jeudi matin, un ballon de Tarnier peut pénétrer ; quelques douleurs sont ressenties la nuit suivante.

Le vendredi à 3 heures on place un écarteur Tarnier qui est retiré le soir à 7 heures. Alors un bain chaud est donné, puis à 10 heures, de nouveau l'écarteur est placé jusqu'à minuit. Dans la matinée de samedi, M. le Dr Brindeau place un ballon de Champetier de Ribes qui reste jusqu'à minuit et détermine de vives douleurs.

Lorsqu'on le retire, on peut alors constater que la présentation du sommet s'est transformée en présentation de l'épaule en A. I. G., le dos en arrière.

Le dimanche matin à 7 heures, l'enfant meurt et peu après sa main gauche apparaît à la vulve.

M. Budin, informé, vient à onze heures auprès de la parturiente dont la température est normale. On donne immédiatement le chloroforme et après avoir placé un lacs sur le poignet procident, M. Budin pénètre dans le vagin et dilate manuellement le col, puis entre, mais difficilement, la main dans l'utérus, vu l'étroitesse du détroit supérieur.

Bientôt la jambe gauche est amenée à la vulve et reçoit à son tour un lacs.

Sur cette jambe M. Brindeau exerce une traction lente et persistante en bas ; le siège apparaît, la cuisse droite est défléchie, le siège sort assez facilement, mais la rotation faite, la tête ne peut plus avancer.

M. Budin fait alors la craniotomie avec le perce-crâne de Blot ; tout d'abord il pénètre à travers la région sus-hyoïdienne pour arriver à la base du crâne ; puis, la matière cérébrale ne s'étant pas écoulée en assez grande quantité, il réintroduit le perce-crâne derrière l'apophyse mastoïde droite.

Ces manœuvres combinées avec une puissante pres-
Dufour

sion exercée sur l'abdomen de la malade, amènent la sortie de la tête broyée.

Quelques instants après le placenta complet était expulsé et une injection intra-utérine de 4 à 5 litres terminait l'opération.

Autopsie — Poids de l'enfant : 2400 gr. plus la matière cérébrale. — Longueur : 49 cm.

Diamètre de la tête : BT : 7 c. 8.

D'un rocher à l'autre : 7 c. 8.

BP : 8 c.

OM. 14 c.

OF : 10 c.

Poids du poumon droit : 15 gr.

— — gauche : 22 gr.

— du cœur : 15 gr.

— du foie : 210 gr.

— de la rate : 8 gr.

— du rein droit : 15 gr.

La perforation postérieure, large de 2c, située au voisinage de la ligne médiane, à 4c du sillon auriculaire, atteint l'occipital à 1/2 cm. au dessus de son articulation avec l'atlas. La moitié droite du crâne est vide de substance cérébrale. La perforation n'a pas atteint la voûte du crâne.

La perforation antérieure, presque médiane, a atteint la région sus-hyoïdienne ; elle a 2 cm. en tous sens ; elle a sectionné la base de la langue à gauche, puis a atteint la partie postérieure de la voûte palatine. Le voile du palais est perforé, ainsi que la face inférieure du sphénoïde ; la perforation admet facilement le pouce. Il reste encore de la matière cérébrale dans l'hémisphère gauche.

La malade quitte la clinique en bon état le 27 juillet.

OBSERVATION V

Epaule gauche chez une primipare. — Version pelvienne
Albuminurie.

A. Marthe, 26 ans, primipare. Entrée à la clinique le
7 juillet 1898.

Dernières règles : du 6 au 10 octobre 1897.

Premières douleurs : le 5 juillet, à 8 heures du soir.

Rupture artificielle des membranes le 7 à 10 h. 55.

Présentation de l'épaule gauche en A I D.

Durée du travail 50 heures.

Version podalique. Délivrance naturelle. Garçon de
3250 gr. bien portant.

OBSERVATION VI

Epaule gauche en AIG. — Bassin rétréci ; PSP = 10[°]5.
Version podalique. — Mort de l'enfant.

D..., femme D..., âgée de 29 ans, domestique.

Entrée à la clinique le 19 juillet 1898. — Multipare.

A. H. — Enfant d'hospice.

A. P. — Fièvre typhoïde et rougeole dans son enfance.

Poussées furoncleuses à l'apparition des premières règles,
qui eut lieu à 18 ans. 2 panaris à 17 et 18 ans.

Grossesses antérieures. — La 1^{re} à 21 ans, accouchée à 7 mois avec ballon. Enfant mort en couveuse à 9 mois. La 2^e à 23 ans. Accouchement normal. L'enfant vit. La 3^e à 24 ans et demi. Accouchement normal. L'enfant meurt à 4 mois par l'imprudence des parents qui le faisaient coucher dans leur lit. La 4^e en 1896, venue à terme : Procidence du cordon survenue 48 heures avant l'accouchement. Enfant mort.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : du 14 au 19 octobre 97. Grossesse assez pénible : vomissements, puis douleurs lombaires, enfin pesanteur extrême et difficulté de la marche.

Apparition des premières douleurs : le 29 juillet à 5 h. du soir. Entre dans la salle du travail à 6 h. du soir. A ce moment la dilatation du col est de 2 cent.

Palpation : Tête dans la fosse iliaque gauche. Siège dans la fosse iliaque droite. Petits membres en avant. Donc épaule gauche en AIG (dos en arrière).

Au toucher on constate un procubitus du cordon.

Le bassin est rétréci : Diamètre PSP. = 10^{cm}5.

Battements du cœur fœtal bons. Urine normale.

Rupture spontanée des membranes le 30 juillet à minuit et demi ; le liquide amniotique est normal. Deux heures plus tard, M. Dubrisay se met en devoir de faire la version podalique.

La main gauche est extraite et fixée par un lacs. Le pied droit est saisi et extrait ; le pied gauche est alors dégagé, puis la jambe gauche ; l'anse au cordon est faite et l'extraction se poursuit jusqu'à la tête. Celle-ci est placée transversalement, ses diamètres antéro-postérieurs étant en rapport avec le diamètre transverse du bassin. L'opérateur introduit alors deux doigts de la main droite dans la bou-

che de l'enfant, tandis que de la main gauche appliquée sur la partie postérieure du cou il refoule la tête de telle sorte que la nuque vienne se mettre en rapport intime avec la ligne innommée, l'occiput restant au-dessus de l'aire du détroit supérieur. L'intervention concomitante de l'aide, appuyant, à travers la paroi abdominale, sur la bosse frontale, a aidé à ce déplacement. De ce fait le diamètre bi-temporal se trouve en rapport avec le rétrécissement du bassin, au lieu du bi-pariétal trop grand.

L'accouchement se poursuit suivant la manœuvre de Champetier et se termine par celle de Mauriceau.

Diamètre de la tête :

O M : 13.5	O F : 10.5
S O B : 11	B P : 10
B T : 8.5	

La durée du travail a été de 9 heures.

Le périnée présentait une petite lésion.

Délivrance naturelle et complète à 2 h. 15 du matin.

Poids du placenta : 560 gr.

Longueur du cordon, 60 cm.

L'enfant, du sexe masculin, naît en état de mort apparente. Les mucosités de l'arrière-gorge sont enlevées d'abord avec le doigt, puis aspirées à l'aide de l'insufflateur Ribemont-Dessaignes, des frictions, la flagellation, de bains chauds et froids sont ensuite employés.

Sous l'influence de cette révulsion énergique, l'enfant agite ses membres et fait entendre de faibles vagissements. Grâce à l'insufflation et aux tractions rythmées de la langue les battements du cœur se régularisent, deviennent plus forts, et la respiration devient normale.

Soudain l'enfant se refroidit, les téguments pâlissent, notamment au visage, le sphincter anal se relâche, du

méconium est rejeté et l'on constate un ralentissement des mouvements cardiaques et respiratoires. Pas de convulsions.

L'insufflation est reprise et continuée pendant deux heures et demie ; après des alternances diverses, où le cœur bat assez régulièrement pour retomber ensuite à une pulsation par seconde, l'enfant meurt.

Autopsie. — Crâne normal. Pas de fracture ; mais épanchement sanguin de 80 gr. environ intéressant la moitié du crâne et aussi sa base.

Suite de couches, 37°6.

La parturiente quitte la clinique le 8 août, à son 9^e jour, malgré l'avis du médecin.

OBSERVATION VII

Epaule droite chez une primipare. — Dorso-antérieure. —
Version pelvienne

M... Charlotte, 17 ans et demi, primipare.

Entrée à la Clinique, le 15 août 1898.

Dernières règles : janvier 98.

Premières douleurs : 14 août, 8 heures du soir.

Rupture des membranes : 15 août, 1 h. du matin.

Présentation en A I G, dorso-antérieure.

Version par manœuvres internes.

Délivrance naturelle et complète.

Enfant du sexe féminin : 1000 gr.

Meurt de faiblesse congénitale.

OBSERVATION VIII

Epaule gauche chez une multipare ; Dorso-postérieure ;
version pelvienne.

B... Louise, 21 ans, secondipare.

Entrée à la clinique le 11 septembre 1898.

D. R. le 1^{er} novembre 1897.

Premières douleurs : le 8 septembre 1898.

Présentation de l'épaule gauche en A I G.

Version pelvienne le 12 septembre par M. Dubrisay.

Délivrance naturelle.

Durée du travail : 4 jours.

L'enfant, une fille, meurt pendant l'intervention. Elle
pesait 3800 gr.

Placenta pèse 670 gr.

OBSERVATION IX

Epaule gauche, dorso-antérieure ; procidence du cordon ;
albuminurie ; grande multipare ; version par manœuvres
internes.

O... Rosa, 33 ans, 8^e parc (tous spontanés).

Entrée à la clinique le 11 décembre 1898,

Dernières règles ?

Premières douleurs : 9 décembre à 4 heures du matin.

Présentation en A I-D de l'épaule gauche.

Version par manœuvres internes faite par le professeur Budin avant la dilatation complète.

Enfant du sexe féminin, né étonné, puis ranimé. Poids : 2380 gr.

Durée du travail : 60 heures.

Délivrance naturelle et complète.

Placenta : 340 gr.

Longueur du cordon : 50 cent.

OBSERVATION X

Epaule gauche chez une primipare ; variété dorso-antérieure ; embryotomie rachidienne ; écouvillonnage.

C... Ernestine, 31 ans, primipare.

Entrée à la clinique le 12 décembre 1898.

Dernières règles ?

Premières douleurs : 10 décembre à 4 heures du soir.

Présentation de l'épaule gauche en A I D.

Bruits du cœur nuls.

Embryotomie rachidienne faite par le Dr Chavanne.

Membranes rompues prématurément.

Liquide extrêmement fétide.

Injection intra-ovulaire.

Délivrance artificielle.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Sphacèle du col de l'utérus et du vagin.

L'enfant, né macéré, pesait 2000 gr. Fille.
Durée du travail : 37 heures.

OBSERVATION XI

Grossesse gémellaire. — Second enfant. — Bassin rétréci,
9^c7 — Epaule droite. — Version podalique.

G. âgée de 30 ans, plumassière, multipare.

A. H. — Mère morte de la tuberculose, avait eu 8 enfants, dont 5 morts de cette maladie.

A. P. — A marché seulement à 4 ans. A eu la rougeole et la scarlatine.

Premières règles à 13 ans, régulières, abondantes, peu douloureuses, durent 5 jours.

4 grossesses antérieures : la 1^{re} en 1887, normale, à terme. La 2^e en 1889 à terme, application de forceps. La 3^e en 1890 à terme, forceps. La 4^e en 1893, forceps, tête déformée. Les suites de couches ont été bonnes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 9 au 14 mai. La parturiente a éprouvé des étouffements pendant toute la durée de sa grossesse, elle ne marchait qu'avec beaucoup de difficultés, elle a eu en même temps des pertes blanches.

Entrée à l^e Clinique, le 7 février 1899.

7 février. — Face antérieure du sacrum accessible. Le vrai promontoire, très bas, est à 9^c7, on sent également en haut un faux promontoire lombaire à 9^c9. Le col est long, déchiré à gauche, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

8 février. — Bassin aplati en forme de cœur de carte à

jouer. — Promontoire saillant, peu élevé. Diamètre P. S. P. 9^c9.

Arrivée à la salle de travail le 14 mars à 4 heures. Le diagnostic fait par M. Chavanne est : grossesse gémellaire dont la présentation du premier fœtus est un siège complet.

Toucher : dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes : le liquide amniotique est jaune verdâtre.

M. Chavanne fait l'extraction du premier enfant : c'est une fille bien constituée. La rupture d'une deuxième poche des eaux est faite, le liquide est normal, mais le 2^e fœtusse présente en A I D. M. Chavanne fait la version par manœuvres internes, amène le pied gauche à la vulve, puis le droit, dégage les hanches, le tronc et ensuite les 2 épaules l'une après l'autre, enfin on pratique la manœuvre de Mauriceau pour le dégagement de la tête.

Ce deuxième enfant est aussi du sexe féminin.

Ces deux enfants ne présentent aucune malformation, sauf que le deuxième a un enfoncement du pariétal droit, et le premier un enfoncement du pariétal gauche.

Les deux enfants pèsent et mesurent :

Le 1^{er} : Poids = 2570 gr. — Le 2^e : 2440 gr.

» Long. = 46 cm.	» 46 cm.
» O M = 12 c. 5	» 12 c. 5.
» O F = 10,7	» 10,5
» So Br = 9,5	» 9 c.
» Bi P = 9 c.	» 9 c.
» Bi T = 8	» 7,5.

Délivrance normale : 20 minutes après.

L'arrière-faix : un seul placenta avec deux cordons présentant deux insertions différentes. Les membranes sont cloisonnées (une poche pour chaque enfant).

La durée du travail a été de 2 heures.

Le placenta pèse 820 gr.

Le cordon du premier enfant : 40 c., — celui du deuxième : 45 c.

Périnée intact.

Suites de couches : bonnes.

OBSERVATION XII

Epaule droite chez une XIII^e pare. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Version podalique.

Z. Louise, âgée de 45 ans, ménagère. — Multipare.

Entrée à la Clinique le 22 avril 1899.

A. H. — Mère morte de suites de couches. — Père mort d'une maladie de foie. — Treize frères et sœurs ; 7 morts, 6 bien portants.

A. P. — A marché à 11 mois. Pas de maladie dans son enfance, ni plus tard.

Premières règles à 12 ans, normales.

Douze grossesses antérieures, dont l'une gémellaire en 1892. Ces douze accouchements se sont faits naturellement et sans aucun incident.

Des 13 enfants, il n'en reste que 3 vivants et bien portants ; 10 sont morts en bas âge de convulsions, méningites et autres affections sur lesquelles on ne peut avoir de renseignements précis.

Grossesse actuelle. — Vient à la consultation pour la

première fois le 8 avril ; les dernières règles sont venues du 8 au 14 juillet 1898.

A l'examen on trouve : tête mobile, dos à gauche, membres à droite, battements du cœur à gauche. col long de 2 cm 5 — OIGA.

10 avril. — On trouve une G T. Col ramolli, perméable à l'orifice externe.

13 avril. — Début d'engagement en O. I. G. A. Col long, perméable. Enormes varices à la vulve et aux membres inférieurs.

14 avril. — Gauche transversale.

15 avril. — Epaule droite, tête à gauche, siège à droite, dos en avant. Battements du cœur sur la ligne médiane, un peu à gauche.

On pratique la version par manœuvres externes et on détermine une présentation en O. I. G. T. Battements du cœur bons. Col long, fermé Bassin normal.

22 avril. — Elle entre à la Clinique. Présentation du sommet en O. I. G. T. Col long, ouvert à l'orifice externe. Battements du cœur bons. Urines normales.

26 avril. — Présentation du siège : Version par manœuvres externes, tête ramenée en bas. Application d'une ceinture.

2 mai. — Premières douleurs à 9 h. du soir.

3 mai. — Entrée à la salle d'accouchements à 3 h. 45 du soir. Dilatation de 1 centimètre.

A 5 heures du soir, en examinant la femme, on trouve le col dilaté de 3 cent. Les membranes sont intactes, mais à travers elles, on sent une anse du cordon.

M. Budin, prévenu, recommande de surveiller attentivement la malade et de conserver autant que possible l'intégrité des membranes jusqu'à la dilatation complète,

car il pourrait se produire une rétraction de l'anneau de Bandl. M. Macé examine la parturiente à 6 h. 10. La dilatation est presque complète, les membranes sont intactes, le fœtus se présente toujours par l'épaule droite en A. I. G., les battements du cœur sont bons.

A peine M. Macé a-t-il terminé son examen, que les membranes se rompent spontanément et un flot de liquide s'échappe, fortement teinté de méconium. M. Macé réintroduit la main dans le vagin et y trouve une anse du cordon mesurant environ 25 cent., il sent également un coude, et en voulant pénétrer un peu plus haut il est arrêté par un anneau fortement contracté sur l'épaule : c'est l'anneau de Bandl rétracté.

La femme est vivement mise en travers du lit et endormie. M. Macé parvient à franchir l'anneau de contraction et saisit le pied droit qu'il amène à la vulve.

Mais malgré les tractions le fœtus ne s'engage pas. Une nouvelle introduction de la main dans l'utérus fait reconnaître que c'est encore l'anneau de Bandl qui enserme le bassin fœtal. M. Macé dilate manuellement l'orifice et va à la recherche du second pied qu'il atteint mais difficilement. Le tronc est engagé lentement, mais M. Macé a dû pour cela tirer, dans l'intervalle des contractions, pendant qu'un aide fait de l'expression. Peu à peu les épaules apparaissent, les bras sont dégagés, d'abord le postérieur, puis l'antérieur.

M. Macé, très fatigué, est remplacé par M. Perret qui extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

Le périnée est intact. Il est 7 heures du soir. L'enfant est du sexe féminin ; il naît étonné, mais est facilement ranimé par des frictions et des bains. Le travail a duré 10 heures. Délivrance naturelle à 7 h. 15. Le placenta pèse

520 gr., les membranes sont complètes. Longueur du cordon 70 cm.

L'enfant pèse 3 kilog. 480 et mesure 50 c. de long.

Les diamètres de la tête sont normaux.

OBSERVATION XIII

Epaule gauche en dorso-postérieure. — Placenta prævia. —
Version podalique. — Rétraction de l'anneau de Bandl.

C... Marie, âgée de 30 ans, multipare.

Entrée à la clinique le 20 juillet 1899.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. A perdu 2 frères et une sœur.

Antécédents personnels. — A marché à onze mois. Nourrie au biberon. Régulée à 13 ans, les règles ont toujours été régulières, assez abondantes et non douloureuses. A eu de l'anémie à 13 ans. Mariée à 21 ans. La spécificité étant recherchée avec soin, la malade ne donne aucun renseignement ; on parvient tout de même à savoir qu'elle a eu des boutons sur le corps après une grossesse.

Grossesses antérieures. — A eu 4 grossesses : la première s'est terminée par un accouchement à terme, les 3 autres avant terme, dont 2 fausses couches. Le premier accouchement a nécessité une version podalique. L'enfant est vivant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 22 octobre 1898. La grossesse a évolué normalement, avec d'assez forts vomissements au début.

Amenée par une sage-femme à 11 heures du matin, elle a perdu du sang en telle quantité qu'il a été nécessaire de faire un tamponnement.

Les membranes sont déjà rompues.

Examen. — A la vue, on constate une exagération du diamètre transversal de l'abdomen.

Au palper on trouve l'excavation vide. Mais dans la fosse iliaque gauche on rencontre la tête fœtale ; dans la fosse iliaque droite on reconnaît le siège. Entre ces grosses parties on trouve un fouillis de petites parties.

A l'auscultation, le maximum des bruits du cœur est au voisinage de l'ombilic, sur la ligne médiane.

Au toucher, le doigt remontant arrive dans l'aire du col incomplètement dilaté, et là trouve le bras accolé au tronc ; en promenant le doigt de gauche à droite on trouve le creux de l'aisselle dont la situation à gauche indique celle de l'épaule.

La présentation est donc une épaule gauche en dorso-postérieure.

A midi, M. Chavanne examine la malade ; celle-ci perdant beaucoup de sang, il décide d'intervenir immédiatement.

La femme est endormie et mise dans la position obstétricale : on vide la vessie et on pratique la toilette de la vulve et du vagin.

Introduisant la main droite dans le vagin, M. Chavanne, trouve un col assez long ; il fait le diagnostic de placenta praevia, puis il dilate manuellement le col, selon la méthode de Bonnaire.

La femme perd du sang abondamment.

L'anneau de Bandl est au-dessous de la présentation. L'opérateur saisit les deux pieds et tire en bas et en arrière

jusqu'à ce que la hanche antérieure apparaisse sous l'arcade pubienne. Alors il fait une prise plus élevée, en embrassant le mollet avec la main, puis tire un peu horizontalement pour engager la hanche postérieure dans le détroit inférieur.

Lorsque le grand trochanter postérieur arrive à la fourchette, il tire presque verticalement en l'air. Il saisit alors avec chaque main les cuisses de l'enfant et l'amène le dos en avant. Les 2 bras de l'enfant se dégagent avec le tronc, il ne reste plus que la tête à extraire.

On tente la manœuvre de Mauriceau : la partie inférieure de la tête passe, mais l'anneau de Bandl est tellement rétracté sur le front que le fœtus ne peut être dégagé. M. Chavanne songe à se servir du forceps, mais il voit que les branches ne pourront passer entre le col utérin et la tête de l'enfant. A un moment donné, l'anneau serrant moins, l'opérateur en profite pour écarter les lèvres du col, pendant que Mlle Hanicot extrait la tête en OP.

Le placenta, décollé, sort à la suite de l'enfant. Il était inséré sur le segment inférieur, variété marginale. Une abondante hémorragie se produit ; M. Chavanne doit mettre un tampon dans l'utérus.

L'enfant, en état de mort apparente est insufflé après aspiration des mucosités ; on parvient ainsi à le ranimer. Il est du sexe masculin.

Il pèse 2450 gram. Longueur 48 cent.

Il est couvert de pemphigus, surtout sur les épaules et dans le dos.

Le placenta pèse 300 gram. Membranes complètes. On remarque que le placenta est bordé d'endométrite. Longueur du cordon 47 centim.

L'enfant, qui n'a pas repris complètement sa respiration, meurt à 1 heure.

OBSERVATION XIV

Présentation du tronc en A. I. D. — Dos en arrière. —
Version podalique. — Epaule droite.

A... Pascaline, 24 ans, multipare.

Entrée à la Clinique le 1^{er} octobre 1899.

Ant. héréd. — Rien à signaler.

Ant. pers. — Commence à marcher à 20 mois.

Premières règles apparaissent à 17 ans et la fonction s'établit régulièrement dès le début.

2 grossesses antérieures : elles n'ont rien présenté d'anormal, le cours en a été régulier et elles se sont terminées par des accouchements, la première à 7 mois, la deuxième à terme. Dans ce dernier cas, l'enfant s'était présenté par le siège. Les deux enfants vivent.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 5 janvier. Durant toute la durée de la gestation, cette femme a eu des vomissements survenant après les repas et ne disparaissant que les 15 derniers jours. Lypothymies jusqu'à cinq mois.

Elle perçoit pour la première fois les mouvements actifs du fœtus vers la fin du mois de juin.

Premières douleurs apparaissent le 9 octobre à 8 h du matin. Elle entre à la salle de travail à 9 h. 30.

Examen. — La femme paraît extérieurement bien

Dufour

conformée. Au palper, l'excavation est vide. On sent à droite une masse ronde qui ballotte facilement, et à gauche une masse plus volumineuse qui doit être le siège.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal sont bons et siègent à peu près sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, la dilatation est complète ; la poche des eaux volumineuse bombe fortement dans le vagin et ne permet que très difficilement d'arriver sur le segment fœtal qui se présente, mais qui reste encore très élevé.

Le diagnostic est malgré tout et dès à présent posé par le D^r Chavanne ; il s'agit d'une présentation du tronc en A I D de l'épaule droite.

La dilatation étant complète, la femme est soumise à l'anesthésie chloroformique pour procéder à la version par manœuvres internes. La femme endormie, le D^r Chavanne introduit la main gauche dans l'utérus après avoir rompu les membranes. Une procidence du cordon est réduite chemin faisant ; en pénétrant dans l'utérus il trouve le coude droit. Il s'agit donc plutôt d'une présentation du tronc que d'une présentation de l'épaule.

L'opérateur va ensuite à la recherche des pieds en passant en avant du fœtus ; il arrive ainsi sur le genou droit qu'il abaisse et le pied correspondant lui tombe dans la main ; ce pied est assez facilement sorti de la vulve. Le siège apparaît alors ; le dégagement du second pied se fait lentement pour éviter une déchirure. On assiste enfin au dégagement du fœtus, facilité par l'expression utérine.

Au moment où la tête franchit le détroit supérieur, un léger ressaut se fait sentir, et l'opération est terminée par la manœuvre de Mauriceau. Périnée intact.

L'accouchement est terminé à 10 heures.

Délivrance naturelle et complète à 10 heures 10.

Une légère hémorragie consécutive nécessite une injection intra-utérine. L'utérus se rétractant mal on en pratique le massage.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant : 3700 gr. Longueur : 53 cent.

Poids du placenta : 550 gr.

Longueur du cordon : 45 cent.



Conclusions

La multiparité est la grande cause des présentations de l'épaule : sur 14 présentations transversales nous l'avons constatée 10 fois (71,4 0/0).

La petitesse du fœtus vient ensuite, puisque nous en avons publié 4 cas sur 14 (28,4 0/0),

Les bassins rétrécis occupent le troisième rang : dans notre statistique, ils sont au nombre de 3 (21,4 0/0).

Les malformations utérines, l'hydramnios, la grossesse gémellaire, le placenta prævia, la brièveté du cordon, viennent ensuite dans une égale proportion (7 0/0).

Les autres causes (tumeurs utérines, monstruosité fœtales, contractions utérines, chutes, secousses morales, émotions, colères violentes) sont beaucoup moins importantes : nous n'en avons trouvé aucun exemple.

Enfin dans trois de nos observations, nous avons constaté la présence d'un symptôme non cité par les au-

teurs : c'est la rétraction de l'anneau de Bandl. Ce signe doit-il prendre place parmi les causes de la présentation de l'épaule, ou en est-il, au contraire, la conséquence ?

Vu : Le Président de la Thèse,
BUDIN.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- Addison.* — Brit. med. J., 1886. Évolut. spont.
A. Paré. — Edition Malgaigne, Tome II, 1570.
Bar. — Thèse d'agrégation, 1886.
Bailly. — Arch. de Tocologie, 1882.
Barnes. — Opér. obstétr., trad. Bornes, 1873.
Baudelocque. — Traité d'acc., 1781.
Budin. — Arch. de Tocologie, 1883.
— Thèse d'agrég., 1878.
— Leçons cliniques, 1889.
Celse. — Traité de la médecine, L. 8, § 29.
Cazeaux. — Art des acc., 1844.
Charles. — Journal d'acc., Liège, 1882.
Charpentier. — Traité prat. des acc., 1883.
Cohnstein. — Mémoire sur l'étiol. des pr. norm. du fœtus.
Davidson. — Transv prés., Lancet, Londres 1892.
Deleltre. — Dystocie prat., 1886.
Demeaux. — Journal des connais. méd., 1861.
Denman. — Introd. a prat. des acc., 1802.
Depaul. — Journal des sages-femmes, 1882.
— Leçons de clinique obst., 1872-76.

Depièrris. — Thèse de Doctorat, 1883.

Dubois. — Mémoire sur caus. de présent., 1833.

Dumas. — Thèse de Paris, 1857.

Dupuy. — Progrès médical, 1893.

Eustache de Lille. — Nouvelles arch. de gynéc. et d'obst.,
T. 4.

Farabeuf et Varnier. — Version par man. int. (Journal
méd. et chir., 1891).

Hergott. — Essai sur diff. formes de la matrice (Thèse d'agr.)
1839.

Hippocrate. — Œuvres compl. Trad. Littré. t. 8.

Jacquemier. — Manuel acc. 1846.

Joulin. — Traité d'acc. 1866.

Hubert de Louvain. — Traité d'acc. 1865.

Lachapelle. — Traité d'acc. 1825.

Lecluyse. — Annales de la soc. de Med. d'Anvers, 1845.

Lusk. — Science et art des acc. 1885.

Macdonald Angus. — Edimbourg, méd. Journal. 1874.

Marlet. — De l'accom. en obstétrique 1878.

Mallews Duncan et Hurry. — On extension and rétroflexion of the fœtus, 1885.

Mauriceau. — Maladies des femmes grosses, 1721.

Muller. — Dystocias fœtales.

Naegelé. — Art des acc. 1839.

Nivert. — Thèse, Paris, 1862.

Oui. — Gaz. hebdomadaire des sciences méd. Bordeaux, 1894.

Pajot. — Diction. encycl. des sciences méd. Art acc. 1861.

Pilat. — Journal des sages-femmes, 1833.

Pinard. — Thèse d'agr. 1875.

— Traité du palper abd.

- Planchon.* — Thèse de Paris, 1898.
Polailton. — Annales de gyn, août 1877.
Porquet. — Thèse de Paris.
Ritgen. — Neue Zeitschrift für Geburt. Berlin, 1851.
Routier. — Thèse doct. 1893.
Sciaky. — Obs. publ. par soc. méd. de Salonique, 1886.
Simpson. — Journal of. méd. science. Edimbourg, 1849.
Smellie. — Traité d'accouchement Paris, 1754.
Stolz. — Dict. Jaccoud. Art. dystocie.
Tarnier-Chantreuil. — Art. des acc. 1888.
Thomas. — Thèse, Paris, 1879.
Thompson. — Brit. méd. Journ. 1885.
Veit. — Scanzoni's Beitrage zur Geburt.
Velpeau. — Traité compl. d'art d'acc. 1835.
Walter. — Neue Zeitschrift für Geburt 1846.
Wigand — Version par man. ext. 1812.
-

Table des Matières

	Pages
Introduction.....	5
1 ^{re} Partie. — Définition.....	7
Fréquence.....	8
2 ^e Partie. — A. Causes prédisposantes.....	
a) Tenant à la mère.....	13
b) Tenant au fœtus.....	25
B. Causes déterminantes.....	32
3 ^e Partie. — Pronostic.....	35
Traitement.....	36
4 ^e Partie. — Relevé des Observations.....	38
Conclusions.....	69
Bibliographie.....	71

Table des Matières

Introduction	5
1 ^{re} Partie. — Définition	7
Préface	8
2 ^e Partie. — A. Causes prédisposantes	13
a) tenant à la nature	13
b) tenant au milieu	25
B. Causes déterminantes	25
3 ^e Partie. — Prognose	35
Traitement	36
4 ^e Partie. — Relevé des Observations	38
Conclusions	60
Bibliographie	71

